

# نامهٔ ماهانه دانشکدهٔ پزشکی

پیش‌تحریریه

دکتر محمد حسن بانی	دکتر محمود سیاسی	دکتر محمد حسین ادب
دکتر محمد علی علکی	دکتر جهانشاد صالح	دکتر ناصر انصاری
دکتر حسن پیردادی	دکتر صادق غزیری	دکتر محمد بهشتی
دکتر ابوالقاسم مجتبی آبادی	دکتر محمد فرب	دکتر حسین هرآب
	رئیس پیش‌تحریریه - دکتر جهانشاد صالح	
	دیردادی - دکتر محمد بهشتی	

شماره هفتم

فروردین ماه ۱۳۴۴

سال بیازدهم

## شناختی گنونی‌ها در باره سندروم گیلن-باره<sup>(۱)</sup>

### نتیجاش

دکتر اقبال	دکتر محمد علی مولوی	دکتر اقبال
استاد کرسی بالینی	دانشیار کرسی رئیس درمانگاه بیماریهای عفونی	استاد کرسی بالینی
بیماریهای عفونی	بیماریهای عفونی	بیماریهای عفونی

چون چندی قبل دومورد از سندروم گیلن باره را در بخش عفونی بیمارستان پهلوی مشاهده کرده جزئیات آنرا مطالعه نموده‌ایم لذا مناسب دانستیم پس از ذکر شرح حال بیماران آخرین اطلاعات جدید راجع باین آزار را که خود گیلن توصیف کرده است از لحاظ خواندگان و همکاران بگذرانیم.

تعریف - سندروم گیلن باره عارضه‌ای است که مشخص است بعلائم زیر:  
علائم مخچه‌ای و آتاکسیک، اختلالات و آشفتگی‌های اعصاب چهجمه و خیزته چشم، تغییرات مایع نخاع و خون، اختلالات سهپاتیک.

### مشاهده بالینی و شرح حالت بیماران

۱- الف - ۲۸ ساله، زادع، ۷ سال قبل احساس سستی در باهامی کند و بتدریج

فالج وزمین گیرمیشود این ناراحتی بیست روز بیشتر طول نمیکشد و حالت سلامتی عودت میکند. پس از دو ماه احساس میکند که زبانش کرخ و بیحس شده و مزه غذاهارا حس نمیکند ولی اختلالی در تکلم موجود نبوده است. ده روز بعد احساس کوفتگی میکند.

صبح موقع صحرارفتن وقتی میخواهد سوار الاغش شود حس میکند که پاها یش سنگین شده و بتدریج این بیحسی پاها تا زانو میرسد در این او ان اختلالات هاضمه نیز پیدا میکند.

با وجود این بیحسی و شل شدن حرکات بکارهای روزانه بر حمایت ادامه میدارد و راه میرفته است. تا یک ماه بعد پاها بکلی از حرکت افتاده و احساس سنگینی در شکم و عسرت تنفس میکند (ابتلای عصب دهم) رفته رفته موقع بلع و غذاخوردن لقمه در گلویش گیر میکند.

در موقع بستره شدن در بخش واگیر حالت عمومیش خوب بود گاهی احساس درد در ناحیه پیشانی میکرد. در موقع آشامیدن و خوردن در پشت چنگال استرنوم احساس گیر کردن و کرامپ میکند زبانش بهتر شده و جس ذائقه بحال طبیعی باز گشته بیوست همراهی آزارش می دهد و فقط باوسائل مکانیک و مسهل اجابت برایش میسر است (بعثت پارزی عصب دهم) بخوبی نمیتواند راه برود، فقط بزود و با کمک دیوار چند قدمی بر میدارد. در دستهای نیز احساس خواب رفتگی و سستی میکند ولی نه بشدت پاها.

امتحانات عصبی - انعکاس فوتوموتور و انعکاس پوست شکم و انعکاس پوست بیضه (کره هاستریین) طبیعی است.

- انعکاس کشگری و آشیل در دو طرف ازین رفته است.  
- قدرت عضلانی در دستهای کاسته شده است - راه رفتن مشکل است.

دستگاه تنفسی و میزه راه و گردش خون طبیعی است.

امتحانات آزمایشگاهی - گلبول سفید ۷۸۰۰۰

گویچه قرمز ۳/۴۶۰۰۰

۶۸	سکما نته	}
۴	یک هسته بزرگ	
۰	اوزینوفیل	
۲۸	لنسوسیت	

فرمول خون

سرعت ته نشینی گویچه های سرخ : ۳ میلیمتر در ساعت اول  
او ره خون ۴۵/۰ گرم در لیتر

۱/۳۰	آلبومین	}
۷/۷۵	کلرور	
۰/۳۸	قند	

لنسوسیت ۲ در هر میلیمتر مکعب مایع نخاع  
واسرمن خون و مایع نخاع منفی است .

در آزمایش ادرار چیز غیر طبیعی دیده نمی شود .

عدم تطابق آلبومین و سیتو لازی و علائم عصبی ما را به تشخیص سندروم گیلن باره راهنمایی کرد و سیر مرض نیز آنرا تأیید نمود .

۲- م. ۲۲ ساله اهل مرند ، کارگر معدن زغال سنگ .

برای کمر درد و گز کردن و درد پاهای اشکال در راه رفتن در تاریخ ۳۲/۸/۲۷ بسرویس عفو نی مراجعت نموده است .

پانزده روز قبل بدون هیچ ناراحتی قبلی ابتدا دچار درد کمر گردیده بعده حس گز گز در پای خصوص پای راست مینماید و بتدریج حرکت دچار اشکال می شود .

در سابقه خانوادگی و شخصی وی موضوع مهمی جلب نظر نمی کند .

معاینه : حال عمومی خوب ، تپندارد ولی راه رفتن مشکل است در پای راست استپاژ (۱) واضح موجود است با کمک دیوار چند قدمی بزحمت بر میدارد انعکاسهای کشکل و آشیل در هر دو طرف ازین رفته ولی رفلکسهای دسته ها طبیعی می باشد .  
- انعکاسهای جلدی شکم و بیضه طبیعی است .

- حس بگرما و سرما و حس عمقی طبیعی ولی در ملامسه تمام اندام تحتانی احساس درد و ناراحتی میکند این احساس درد بویژه در مسیر عصب سیناتیک و عضله سه سر رانی شدیدتر و واضحتر است.
- علامت لازگ و بونه (۱) در هردو پا مثبت است. اعصاب جمجمه ضایعه نشان نمی‌دهد.
- ضمور و صغیر عضلانی در هیچیک از گروه‌های عضلانی مشاهده نمی‌گردد.
- معاینه ته چشم سالم است.
- عصب رکبی خارجی (۲) بطور کامل دو چار فلنج بوده واستپاژ گواه صادق آن است.
- سایر دستگاه‌ها سالم است.

امتحانات آزمایشگاهی - آزمایش مایع نخاع در ۱۸/۹/۳۲:

کلرور ۷۵ گرم در لیتر

« « ۰/۴۲ قند

آلبومین « ۰/۸۰

سیتو لژی: سه لنفو سیت در مقابل یک پلی نو کلئر دیده می‌شود.

واسرمان مایع نخاع منفی.

بنزویان کولوئیدال طبیعی است (از لوله‌های امیت است).

آزمایش خون: گویچه‌های سرخ ۳/۲۰۰۰۰

« سفید ۴۰۰۰

۶۸		سگما نته	فرمول لو کوسیتر
۲	گویچه‌های یک هسته بزرگ		
۴	« « « متوسط		
۲۶	لنفو سیت		

پرتو نگاری ستون فقرات در ناحیه ساکرو لمبر : فقط ضایعات استئوفیتی در فقرات قطنی نشان میدهد.

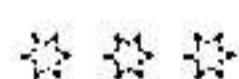
آزمایش کامل ادرار طبیعی است.

امتحان و اسر من خون منفی است.

سرعت ته نشینی گویچه های سرخ ۵ میلیمتر در ساعت اول بالوله و ستر گرین. در مقابل اختلالات عصبی تشخیص پلی نوریت ها بطور کلی در بالین بیمار مطرح شد: پلی نوریت سمی، پلی نوریت دیفتریک، پلی نوریت الکلیک، پلی رادیکولو نوریت، پلی نوریت دیابتی؛ شروع ناگهانی و پیدا نبودن علائم شایع پلی نوریت سمی، فقدان فلنج کامل و سابقه گلودرد، عدم اعتیاد بالکل و بالاخره نبودن قند در ادرار و سایر علائم بالینی دیابت، امتحان مایع نخاع و عدم تطابق آلبومین و سلول ما را بفکر بیماری یا سندرم گیلن باره انداخت.

آزمایش های مکرر مایع نخاع و سیر موافق بیماری یعنی بهبودی تدریجی یکایک اعصاب محیطی این تشخیص را تأیید کرد (مایع نخاع در ۱۰/۱۶/۳۲ با آلبومین ۵۰ گرم با دولنفو سیت در هر میلیمتر مکعب مایع نخاع).

بیمار با وضع رضایت بخش در تاریخ ۳۲/۱۱/۶ سرویس را ترک گفت.



برای اولین بار در ۱۹۱۶ گیلن و باره این سندرم را تحت عنوان رادیکولو نوریت با هیپر آلبومینوز مایع نخاع بدون عکس العمل سلولی شرح دادند. سپس پزشکان دیگر موارد زیادی از این سندرم را مشاهده و خاطر نشان کردند. در ضمن علائم دیگری بدان افزوده گردید و اشکال بالینی زیادی از این سندرم شرح داده شد. باید متذکر گردید که هنوز گروهی بخوبی حدود سندرم گیلن باره را نمی شناسند و تصور می کنند که عدم تناسب آلبومین و سیتو لژی مایع نخاع بهترین دلیل شناسائی سندرم است در صور تیکه این علامت یکی از نشانه های سندرم بوده و بر سایر نشانه ها برتری ندارد.

اکنون جزء بجزء سندروم گیلن باره را که اساس آن روی ۱۹ مشاهده بالینی بتوسط خود گیلن اخیراً مطالعه شده است شرح و برخی از نکاتی را که بایستی در این سندروم مورد مذاقه قرار گیرد بیشتر توضیح خواهیم داد.

برای مطالعه کامل سندروم و تازگیهایی که در این سالهای به سندروم گیلن افزوده شده فصول زیر را بررسی خواهیم نمود:

- ۱- ملاحظات عمومی و کلیات.
- ۲- علائم مخفی و آتاکسیک.
- ۳- اختلالات و آشفتگی‌های اعصاب جمجمه و خیز ته چشم (۱).
- ۴- تغییرات مایع نخاع.
- ۵- تغییرات خون.
- ۶- اختلالات سempاتیک وازو مو تور و آکرودینی.
- ۷- سیر سندروم و پیش‌بینی آن:
- ۸- مسائل تشخیص.
- ۹- علائم تشریح مردمی سندروم.
- ۱۰- عمل و پاتوژنی سندروم.
- ۱۱- درمان.

### ۱- گلایات

سابقاً تصور می‌کردند که این سندروم بین سن بیست تا پنجاه دیده می‌شود در صور تیکه بنظر گیلن این آزار در کودکان شایع‌تر است و حتی مؤلفین مختلف اشکال بالینی خاصی با منزهیت نخاعی شدید در طفل مشاهده کرده‌اند طبق آمار دبره و تیغه‌ی در عرض دو سال ۴۱ طفول مبتلا به رادیکولونوریت به بخش پلیو میلیت بیمارستان کودکان رجوع کرده‌اند.

بنظر میرسد که این سندروم در پیران نادر باشد.

اشکال بالینی گوناگونی می‌توان برای گیلن باره معین نمود:

- ۱- اشکال تحتانی که در آن ریشه‌ها و اعصاب نخاعی (۱) مبتلا می‌باشد.
- ۲- شکل مختلف نخاعی و مزانسفالیک. در این شکل علاوه بر اینکه اعصاب نخاعی گرفتار است پی‌های جمجمه نیز آزرده گردیده است در عین حال اختلالات فلنجی و حسی در اعضاء و آشفتگی در اعصاب چشم و صورت، عصب سه قلو، و آخرین زوج‌های جمجمه موجود است.

فلج یک طرفی یا دو طرفی پی چهره شایع است.

- ۳- شکل نزوسفالیک خالص که در آن پی‌های جمجمه مبتلا هستند و بنظر میرسد سیر این شکل مناسب تراز اشکال دیگر باشد.

- ۴- شکل توأم با اختلال روحی در این شکل اختلال روحی هر آه عدم تطابق آلبومین و سلول مایع نخاع بعلاوه پلی رادیکولو نوریت می‌باشد گاهی اختلال روحی شدید بوده و بستری شدن در تیمارستان را ایجاد می‌کند. در اغلب موارد سیر بیماری رو به بیرونی است و اختلال روحی اصلاح می‌شود، زمانی سیر مرض طولانی است.

- با اکر در شرح جالب توجهی راجع به سندروم گیلن باره پنج شکل بالینی ذکر می‌کند.

۱- شکل سبک و یا منو نوریتیک.

۲- شکل پلی نوریتیک.

۳- شکل نخاعی (۲).

۴- شکل بعضی نخاعی (۳).

۵- شکل مغزی.

در شکل سبک و یا منو نوریتیک فقط دردهای ریشه و عضلانی دیده شده گاهی ضعف و یا فلنج در یک عضو وجود دارد معمولاً تا یک ماه سندروم علاج خواهد پذیرفت «رادومکر» و کوورد (۴) شرح حال دختر ۲۲ ساله را ذکرمی کنند که مبتلا به التهاب شبکه دو طرفی (۵) می‌شود که بسیار دردناک بوده و با اختلال حسی و فلنج اندام فوقانی هر آه

بوده و نیز امتحان مایع نخاع فقط در سطح التهاب شبکه عدم تطابق آلبومین و سلول را هویدا میکرد در سایر نقاط بزل نخاعی مایع طبیعی بوده است این شکل عجیب را می‌توان جزو شکل خفیف سندروم گیلن باشد خواند که در عرض چندماه کاملاً بیهوشی یافته است.

مشاهده فوق ثابت میکند که نوعی از سرویکودور سال (۱) سندروم گیلن باشد موجود است که عدم تطابق سلولی و آلبومین فقط در ناحیه التهاب دیده میشود و بس بزل زیر قمحدوه و یا محل عادی بین چهارمین و پنجمین مهره کمری مایع نخاع سالم نشان میواد.

بنظر گیلن شکل نخاعی (۲) باکر قابل بحث و مشکوک است یعنی علائم هرمی (۲) کلموس پاو بابنستگی وجود دارد دولی گیلن در بیماران خوده مواد از بین رفتان رفلکس هارا مشاهده کرده و هر گز مشاهده نکرده است که سندروم گیلن باشد شکی برای فشار به نخاع باقی گذارد و ایجاد عمل فوری کند.

ولی شکل بصلی و مغزی با کرحتما وجود دارد شکل مغزی همراه سردرد - تهوع - سرگیجه - خواب آسودگی - قلق و اضطراب و خیزتہ چشم را باکر در شش مورد مشاهده کرده است.

### ۳- علائم مخچه و آناکسیک

گاهی علائم مخچه اهمیت خاصی پیدا میکند. دو بوار در کودک ۷ ساله ای مبتلا به سندروم گیلن مشاهده کرده است هشت روز پس از بیهوشی رادیکولونوریت آتاکسی مخچه پیدا شده که آن نیز بدو به خود بیهوشی یافته (شش ماه پس از شروع بیماری) ولی کمی لرزش در اعضاء فوقانی باقی میماند. چند تن از مؤلفین در اجتماع اطبای بروکسل در ۱۹۳۷ بین نه بیمار دو بیمار مبتلا به سندروم گیلن را با علائم مخچه معرفی کردند بنظر میرسد علائم آتاکسیک حاد مخچه با آزارهای اعصاب جمجمه واختلال انعکاس و تری و درد بالاختلال حس عمقی در سندروم گیلن باشد در برخی موارد جلب نظر کند. موردی از سندروم گیلن بشکل تابس کاذب از فرم مخچه بود و بخوبی

۱ - Cervico — dorsal

۲ - Myelitique

۳ - Pyramidal

درمان پذیرفت که امتحان مایع نخاع ماهیت سندروم نا آشکار ساخت .  
ه . رژه (۱) پس از ذکر چند مشاهده بالینی خاطر نشان می کند که : « اختلال مخچه در جریان آتاکسی سندروم گیلن باره جالب توجه است . در برخی موارد آتاکسی حاد مخچه با آزار اعصاب مغزی واختلال برخی از انعکاسهای دارد و عدم تطابق آلبومین و سلول مایع نخاع دقت را جلب می کند که خود بخود به بروزی میگراید » . مشاهدات زیادی با اشکال متفاوت از شکل مخچه مرض را توضیح داده اند . س . اسپکتور (۲) موردی از سندروم گیلن را ذکر می کند که آتاکسی مهمترین علامت مرض را تشکیل میداده است .

### ۳- آشنایی های پیهای جهجه و خیز ڻه چشم

گیلن در شکل مزانسفالیک سندروم خود امکان فلنج پیهای جهجه را متذکر شده است . عصب چهره بیش از همه و در اغلب موارد آزرده می شود این آزردگی یک طرفی و یا دو طرفی است . خود گیلن در چند مورد فلنج پی چهره را مشاهده کرده است که تقریباً علامت اصلی را تشکیل میداده ولی همراه عدم تطابق آلبومین و سلول مایع نخاع با ازین رفتن انعکاسهای و تری در اعضاء بوده است در مشاهدات اخیر گیلن (۱۹۵۳-۱۹۴۸) ازده مورد شش مورد آن همراه فلنج پی چهره بوده است . گرفتاریهای اعصاب چشم ، سه قلو ، پی زبانی حلقوی ، پی ریوی معده ، هیپو گلوس و سپینال نسبتاً نادر ندگاهی اختلالات شدید در پیهای بصلی (۳) بخصوص در اشکال خطرناک مرض دیده می شود .

اخیراً اشکالی از سندروم با فلنج چشم (۴) و میاستنی کاذب (۵) متذکر میگردند که جالب توجه است ، بین آنها سه مشاهده بالینی مبنای عفونی چشمی داشته اند این مشاهدات قبل از هر چیز و در شروع سندروم مشخص اند به علامت چشمی و واختلال حرکت چشمها یعنی در او لین حمله بیماری افتالموپلزی عارض بیمار شده و جلب نظر می کند .

در برخی موارد پائین افتادن پلکها و اختلالات در موقع بلع با میاستنی همراه است هرچه آستنی عضلانی شدیدتر باشد این امر واضحتر خواهد بود.

اختلالات دهلیزی (۱) - گیلن در تمام بیماران جدید خود که مبتلا به سندروم گیلن باره گردیده اند امتحانات دهلیزی و نوکلئر (۲) را انجام داده و تقریباً در تمام موارد امتحانات منفی بوده و آزاری در آن دیده نمیشد. در یک مشاهده که بوریس و کرس (۳) شرح داده اند قابلیت تحریک دهلیزها کمی بیشتر از طبیعی در هر دو طرف بوده است (با امتحان کالریک). در مشاهده دیگری قابلیت تحریک دهلیزها در دو طرف کمتر از طبیعی بوده است.

در یک شکل مزانس فالوسپینال سندروم گیلن باره مختصر اختلالاتی در دهلیزها دیده شده است. بهر حال اختلالات دهلیزی در اشکال مزانس فالوسپینال سندروم بخوبی روشن نشده است.

التهاب عصب بینایی (نوریت اپتیک) (۴) - خیز ته چشم را خود گیلن در بیمارانش مشاهده نکرده است ولی مؤلفین دیگری از آن مشاهداتی کرده اند. یک مشاهده از این سندروم را با نوریت پی بینایی دو طرفی با سیر آن بطرف بهبودی دو مولار ذکر کرده است بنظر او بسیار نادر است که این آزار پی بینایی در این سندروم مشاهده شود در یک مورد از سندروم گیلن باره مشاهده کرده اند که خیز دو طرفی ته چشم موجود و فشار مایع نخاع طبیعی بوده است بنظر میرسد که علت آن آزار خود عصب بینایی بوده است زیرا فشاری در مایع نخاع دیده نمیشد.

در مورد دیگری خیز ته چشم موقتی است و با اختلال بینایی همراه نمیباشد و نیز فشار مایع نخاع طبیعی بوده گاهی نیز افزایش در آن دیده میشود.

خیز ته چشم در سندروم گیلن باره بسیار نادر است ولی باستی متوجه شد که وجود دارد و شناختن آن لازم است برخی از مؤلفین مبنای خیز ته چشم را آنسفالومیلیت دانسته اند ولی بنظر گیلن این امر قابل اعتماد نبوده و آنسفالومیلیت را ببطه با سندروم

وی ندارد. عدم تطابق سلول و آلبومین نیز به تنهاei و بدون هیچ علامت بالینی اختلالات حرکتی، حسی، الکتریکی و ازین رفتن انعکاسهای وتری وغیره ... هیچ ارزشی ندارد.

### ۴- تغییرات مایع نخاع

هیپرآلبومینوز کاهش سلول از علائم سندروم است. هیپرآلبومینوز در عرض چندین هفته کاهش میابد ولی گاهی مدت‌های بعد ممکن است که آلبومین در مایع نخاع بالا بماند گیلن در مشاهده بالینی دیده است که حتی ۸ماه بعد ۶۵٪ گرم آلبومین در آبگونه مغز تیره موجود است. افزایش آلبومین متفاوت است گاهی از پنج گرم هم تجاوز نمیکند. ولی هر گز رآکسیون سلولی حتی در ابتدا بیماری مشاهده نمیشود و هر گز از ۱۰ عدد صر تجاوز نمیکند.

بطور خلاصه در تمام دوره بیماری واکنش سیتو لژیک وجود ندارد. افزایش آلبومین روز ۲۵ تا ۴ بعده کثر خود میرسد سپس بتدریج پائین می‌آید و در حدود ۷۵ روز بطبیعتی میگراید در برخی موارد تا روز نودم بیماری هم بالا است. مقدار آلبومین مایع نخاع متفاوت است گاهی تا ۱۶ گرم نیز مشاهده شده است.

بزل نخاعی پیاپی برای سیر بیماری مهم است ولی پس از تشخیص مرض بنظر گیلن نباید بفواصل زیاد نزدیک بزل را انجام داد. بنظر گیلن نباید با امتحان لیپویدول ترازیت سروبروسپینال را معین کرد زیرا علاوه بر اینکه این عمل مفید نیست مضر هم میباشد در اغلب موارد رنک آبگونه نخاع روشن است گیلن گاهی مایع گزانه کرمه ک مشاهده کرده است. عده از مؤلفین نیز آنرا تأیید کرده اند.

عده از مصنفین مشاهده کرده که تغییرات و ترکیب مایع نخاع نسبت به نقاط بزل متفاوت است. برخی از محققین مواردی ذکر کرده اند که بالتفوستوز زیاد همراه بوده است حتی ۱۰۰-۱۵۰ لیتر میلیمتر مکعب مایع نخاع ولی بنظر گیلن این امر خالی از حقیقت است زیرا در سندروم وی عدم تناسب آلبومین و سلول از علائم اصلی است. ربرت دبره و تیفری در مطالعات وسیع خود در اطفال ثابت کرده اند همواره عدم تناسب آلبومین و سلول وجود دارد. شدت فلجهای آزردگی

اعصاب جمجمه، وسیریه‌ماری تأثیری روی آلبومین و سیتوالزی ندارد و سیر آلبومین و سلو لها بکلی از این عوامل مجزا و مستقل می‌باشد و هر گز در بره مشاهده نکرده است که تغییرات زیاد در جریان مرض در سلو لها و آلبومین نخاع وجود آید لذا بنظر وی عدم تطابق آلبومین و سلو مطلق بوده و در تمام مدت مرض وجود دارد (از اول تا آخر) پدیده عدم تناسب سلو و آلبومین در عرض چند روز برقرار می‌شود و بمحض شروع مرض وجود ندارد ولی از همان ابتدا افزایش مقدار آلبومین دائمی وسیعی بخود می‌گیرد و در روی منحنی روز ۲۰-۱۰ بعد کمال میرسد سپس بتدریج پائین می‌آید. ممکن است افزایش آلبومین را ۱۰۰ روز پس از شروع مرض نیز یافت حتی گاهی در اشخاصی که کاملاً شفا یافته‌اند ممکن است تا مدتی مشاهده شود.

### ۵- خون شناسی در سندرم گیلن باره

#### (علائم خونی سندرم گیلن)

گیلن در پنج مورد افزایش اوزینوفیل را در سندرم خود یادداشت کرده است (۴/۹ عدد) ولی هیچ نوع اختلالی دیگریعنی کم خونی و لوکوسیتоз وغیره وجود نداشته است.

معمول در جریان سندرم گیلن باره امتحان خون چیزی‌های نشان نداده و اغلب طبیعی است. گاهی تعداد لوکوسیتها بالا بوده است (۱۵۰۰۰-۷۰۰۰) و نسبت آنها در تمام موارد طبیعی است.

یکی از مؤلفین در ۲۲ مورد این سندرم لنفوسیتوزی بین ۲۵ تا ۸۰ درصد یادداشت کرده است ولی گیلن برای آن ارزش قائل نیست و تصور می‌کند که این تغییرات بر اثر اشتباه در تشخیص سندرم وی با سایر امراض است.

### ۶- اختلالات سهپاپلک و ازو هوژو و آگروپلی

اختلالات سهپاپلک و عروقی و رابطه سندرم گیلن با آکرودینی خاطر نشان شده است و گاهی این آشفتگی واژو موتریس و ترفیک قابل ملاحظه است. در سه مورد مشاهده کرده‌اند که تعریق زیاد در تمام بدن بخصوص دردست و پا و صورت واژ زانو

پائین بدن بیماران خیس عرق شده ولیچ می‌افتد و پس از چند روز رنگ پوست روشن می‌شود ( نظیر پوست مبتلا به آکرودینی ) در مشاهده دیگری فلنج صورت همراه با اتساع عروقی شدید و تعریق در همان طرف صورت بوده است . در بیماران دیگری افزایش عرق را بدون تب مشاهده کرده‌اند گاهی اختلال عروقی متعدد همراه آن بوده وزمانی نیز خیز در نیمه ساق پادیده‌اند که مربوط بسندم گیلن بازه می‌باشد .

در یک مورد نیز سندم کلدبرنار - هورنر خاطرنشان شده و در مورد دیگری سندم شبکه خورشیدی (۱) جلب نظر نموده است .

چندبار نیز در جریان سندم گیلن ریزش عصبی موهارا (۲) دیده‌اند . در دونیمار مبتلا به پلی رادیکولو نوریت با عدم تطابق آلبومین و سلول اختلالات نور و وزتاتیو شدید با ریزش کامل مودرفاصله چند روز مشاهده گردیده است و این ریزش مو ۳-۲ هفتنه پس از شروع پلی رادیکولو نوریت آغاز شده است .

بنظر نمیرسد که در اینجا آلوپسی برانر مسمومیت یا بعداز یک عفونت باشد بلکه مربوط به اختلالات وزه تایف برادر پلی رادیکولو نوریت است .

بیماری را ذکرمی‌کنند که پس از نهماه مبتلا به سندم گیلن دوچار بعضی پستان می‌شود بنظر گیلن توجیه آن در این سندم مشکل است .

رابطه سندم گیلن با آکرودینی نسبتاً مهم است در جریان پلی رادیکولو نوریت پارستزی و حس کرخی و گزگز کردن و سوزش دردست و پادیده شده است خود گیلن یک مورد از آکرودینی را در طفلي در جریان سندم خود دیده است بدین معنی در وهله اول امتحان با وجود علائم : روحی - فلنج اعضاء فوقانی و تحتانی - دردشیدید زایل شدن انعکاسهای وتری - لکه‌های اریتماتوز و پورپوریک دسته‌ها و پاهای با پوسته پوسته شدن آنها - تاکی کاردی و فشار خون ابتدافکر را متوجه آکرودینی می‌کرد .

ولی امتحان مایع نخاع تشخیص را تغییرداد و با وجود علائم ظاهری خطرناک گیلن پیش‌بینی خوب برای آن می‌کند در نتیجه در عرض ۵ ماه بخوبی طفل بهبود می‌یابد .

پس از مشاهده گیلن میگوید ممکن است برخی از موارد آکرودینی مر بوط به پلی رادیکولو نوریت با عدم تطابق آلبومین و سلول مایع نخاع باشد. در بره و زولین ماری شرح حال طفلی را منتشر ساخته اند که یک پاراپلزی قابل علاج داشته است با عدم تطابق آلبومین و سیتوولژی آبگونه مغز تیره. نیز برخی از موارد آکرودینی را ذکر میکنند که شروع آن مانند پلیو میلیت است.

ژولین ماری در ۱۹۴۳ مشاهده جالبی از آکرودینی فلنجی و خیم را با عدم تطابق آلبومین و سلول مایع نخاع ذکر کرده ثابت میکند شکل آکرودینیک سندروم گیلن باره در طفل نیز موجود است.

تیفروی و دبره سئوال میکنند که آیارابطه میان سندروم گیلن باره و آکرودینی طفل هست یا نه؟ زیرا در سیر تکاملی سندروم گیلن باره گاهی علائمی مانند قرمزی انتهاها - تاکی کاردي - فشارخون و حتی اختلال اخلاقی دیده میشود. گیلن و تیفنو این امر را مطالعه کرده و با اسم سندروم آکرودینی شکل (۱) نامیده اند. البته باید دانست که مرض اصلی در اینجا همان سندروم گیلن باره است. بر عکس در برخی موارد در جریان و سیر آکرودینی مثالهای زیادی از فلجهای منتشر هیپوتونی عضلانی عمومی ذکر شده است. چنانکه در بالا ذکر شد ژولین ماری شکل فلنجی آکرودینی را خاطر نشان کرده که با عدم تطابق آلبومین و سلول همراه بوده است شاید بین دو بیماری نقاط مشترکی موجود باشد.

مشاهدهات جدیدتری ذکر کرده اند که آکرودینی همراه سندروم گیلن باره بوده است.

کاتالا و ماته در ۵ اردیبهشت ۱۹۵۲ طفلی را در اجتماع پزشکان کودکان معرفی کرده اند که دروی سندروم آکرودینی مدت سه هفته طول کشیده و پس از یک نقاحت موقتی ظاهری مدت پنج هفته سندروم گیلن باره با فلنج اعضاء و تنفس و زوجهای ۱۱۷ در ته چشم اطراف پاپیل (۲) قدری محو بوده است. در موقع معرفی این طفل علائم

بتدربیج رو به بهبودی میرفته است رابطه آکرودینی و سندروم گیلن از لحاظ طب عمومی بسیار مهم است. موقعیکه علت این سندروم معلوم بشود آنوقت بهتر میتوان در نتیجه مرض قضاوت کرد.

### و پیش بینی سندروم گیلن بازه

مشاهدات جدید نشان میدهد که پیش بینی سندروم خوبست. از ۱۸ مورد شفایافته یکبار مرگ وجود داشته است. بین بیماران گیلن در برخی بهبودی بیماری در عرض یک تا شش ماه بوده است بعضی از بیماران تا ۱۰ ماه و برخی یکسال حتی تا سه سال بهبودی کامل یافته اند.

پس از بهبودی مرض ممکن است مدت‌ها ازین رفتن انعکاسهای و تری موجود باشد در یک بیمار گیلن حتی دسال بعد از بهبودی نیز انعکاسهای و تری در آندام فوکانی و تحتانی وجود نداشته است. این امر از لحاظ بیمار اهتمت بسزائی دارد زیرا اگر سالهای بعد بیمار بهبودی یافته از سندروم گیلن بازه به بیماری دیگری مانند دردهای روماتیسمی اعضاء و درد شکم وغیره مبتلا گردد طبیب معماج فقدان انعکاسهای و تری را با ندانستن سابقه بیمار حمل بر تابس خواهد کرد و آنوقت پیش بینی وخیمی برای آن خواهد گذاشت و متوجه سیفیلیس قدیمه شده و اقدام به تداوی نامناسب میکند و موجب تشویش خانواده خواهد شد.

دبره و تیفری در چندین طفل شفا یافته از سندروم گیلن مشاهده کرده اند که چندین ماه بعد انعکاسهای و تری بحال طبیعی عودت کرده است.

فلبیت - این عارضه در جریان سندروم گیلن بازه نادر است. در چند مورد آنرا خاطر نشان کرده اند. گیلن شرح بیماری را ذکرمیکند که در ضمن ابتلا بسندروم وی مبتلا به فلبیت شده و دو آمبولی دیوی کرده است همچنین مؤلفین دیگری فلبیت هایی در جریان مرض مشاهده کرده اند. فهم اینکه آیا فلبیت بملت همان عفو نتی است که پلی نوریت را ایجاد کرده و یا بر اثر یک عفونت اضافی است مشکل است.

بازه در یک مورد از مشاهدات خود یک فلبیت یادداشت کرده است. ات (۱)

یک مورد فلپیت ورید رانی (۱) را ذکر میکند که منجر به انفارکتوس ریوی و مرگ شده است سترن (۲) در یک فلپیت در مرحله تقاهت مورد خطرناکی از سندروم گیلن باره درمان یافته دیده است.

عودونکث بیماری (۳) - عود سندروم نادر است ولی گیلن در یک مورد عود بیماری را یادداشت نموده دانیلی (۴) مشاهده را ذکر میکند که چندین بار عود کرده و حتی تمايلی بدرمان نشان داده است. میشل آندره یک سندروم گیلن شفای یافته را توصیف میکند که ۴ سال بعد عود کرده است. کارو (۵) پس از ۹ ماه بهبودی عود مرض دیده است که هر بار بخوبی بهبود یافته است دو بار اول پس از عود مرض علائم کاملاً نظیر هم بوده اند.

بنظر مؤلف این عود بواسطه باقی ماندن ویروس در بدن بیمار بوده است.

با کروهیلمن و چندنفر دیگر دو مورد از عود مرض را یادآوری کرده اند.

شکل هزه مزمن سندروم گیلن باره - درباره ندرت عود مرض بخوبی میتوان قضاویت کرد ولی در شکل مزمن مرض این امر مشکل است. در یک مورد از بیماران گیلن مرض مدت سه سال طول کشید تا بهبودی یافت ممکن است آنرا شکل مزمن نامید و لی بمنظار گیلن بهتر است که شکل طولانی نامیده شود. در یک مورد که در رساله رو مور (۶) ضبط شده سیر مرض ۱۸ ماه بوده و بنظر او تا موقعی که در سندروم گیلن هیپرآلبو مینوز دوام یابد باید فکر کرد که التهاب منژها (شامه های مغز) از بین نرفته و آنهم گواه این است که عفونت بصورت مخفی (۷) وجود دارد میشل آندره دو مورد مزمنی از پلی نوریت مزمن را ذکر میکند که همراه عدم تطابق متعادل سلول و آلبومین نخاع بوده است بنظر او این دو مورد سندروم گیلن باره نمیباشند بلکه اوی عقیده دارد که سندروم گیلن باره بصورت مزمن وجود ندارد بلکه ممکن است عفونتهای دیگری با آن مشتبه شود و تاعله اصلی مرض آشکار نگردد این اشتباہات میسر میباشد.

۱ - V. femoral

۲ - J. Sterne

۳ - rechutes

۴ - Dagneli

۵ - Carrot

۶ - Rumeur

۷ - Latence

پیش‌بینی دوران سندرم - بنظر گیلن پیش‌بینی مرض خوب است. وی فقط یک مورد مرک در مشاهدات خود دیده است و سایر مشاهدات بین‌المللی نیز این امر را ثابت می‌کنند.

موارد مرگبار در اشکال فلنجی بولبر و اشکال فلنجی لاندری یادداشت گردیده است. جایگزین شدن زودرس آزار روی مراکز اعصاب بولبر (بصل النخاعی) موجب اختلال تنفسی و گردش خون و بلع وغیره شده در نتیجه باعث مرک می‌شود. اکنون که وسائل جلوگیری و دفاع بهتری در مقابل این اختلالات وجوددارد می‌توان حیات بیمار را مدتی نگهداری کرد در نتیجه مرض بطرف بهبودی خواهد گرایید و اختلالات بولبر مرتفع خواهد شد. مثلاً باریه‌های آهنی از اختلال تنفسی و دستگاه قلب مصنوعی از اختلال گردش خون تامد تی می‌توان جلوگیری کرد. باید قبول کرد که مرک و میر در سندرم گیلن وجوددارد ولی در اغلب موارد سیر مرض بطرف بهبودی و برخلاف نظر برخی از مؤلفین مرک و میر هرگز به ۰۴ درصد نمیرسد.

سرناسک (۱) عقیده دارد که سندرم گیلن باید خواص زیر را داشته باشد: خواص کلینیکی بخصوص اختلالات حس و حرکت، عدم تطابق سلول و آلبومین و پیش‌بینی مساعد.

مؤلفین دیگر نیز تصور می‌کنند که پیش‌بینی سندرم خوب است ۲۵ مورد مرگی که در تمام کتب پزشکی دیده شده ۲۳ مورد آن آزرده شدن عضلات تنفسی بوده است و اگر تراکوتومی و دستگاه تنفس مصنوعی در این موارد استعمال می‌شد مرک و میر بحداقل تنزل می‌کرد.

دبه و تیفری در یمارستان کودکان پاریس بین ۳۲ طفل مبتلا دو مورد مرک مشاهده کرده‌اند.

#### ۸- تشخیص

بنظر گیلن تشخیص سندرم آسان است فقط ممکن است پلیومیلیت حاد -

فلج‌های دیفتی و برخی از پلی‌نوژیت‌های عفونی و سمی مورد مباحثه در تشخیص قرار گیرد.

پلیو‌میلیت حادیک مرحله مقدماتی تب دارد ارد که معمولاً در سندروم دیده نمی‌شود علائم منته در شروع پلیو‌میلیت شدیدتر و واضح‌تر است. فقط نادرآ در شکل منگورا شیدی سندروم گیلن بازه مشاهده می‌شود در پلیو‌میلیت اغلب فلجهای غیر قرینه و کلی و سریع‌اند و اختلال حس نیست در صورتیکه در سندروم گیلن اغلب اختلالات حرکتی تدریجی بوده و قرینه است و پس از مراحل و فازهای زیادی چهارده است و پارا فرامی‌گیرد. صغیر عضلانی شدید نیست و جایگزینی آن در برخی از اندامها مانند پلیو‌میلیت نیست با انعکاس‌های وتری اغلب در چهارده است و پارا است و ظاهر شدن مجدد سریع در برخی از آنها نادر است.

در تعداد زیادی از سندروم گیلن بازه عوارض عصبی و فلجهای اعصاب جمجمه بخصوص عصب صورت وغیره دیده می‌شود که یک طرفی یادو طرفی است و پدیده‌های آتاکسیک در آن نادر است اما مراجعت حساسیت‌شکل خاصی می‌باشد پارستزی انتهای آزرده شدن حساسیت عمقی وغیره.

مایع نخاع در سندروم گیلن بازه از همان ابتداء و شروع بیماری عدم تطابق آلبومین و سیتو لزی را نشان میدهد و افزایش سلولی پلیو‌میلیت در آن دیده نمی‌شود در سیر پلیو‌میلیت در مرحله پیش رفته تری عدم تطابق سلول و آلبومین دیده می‌شود ولی در فوائل این دو اختلاف سیر بیماری بسیار متفاوت است.

در پلیو‌میلیت بهبودی فلجهای نسبی و فقط قسمتی از فلجهای بهبودی می‌باشد و دسته از عضلهای صغیر یافته و دائم فلنج می‌مانند. از طرفی اختلال الکتریکی در پلیو‌میلیت مهمتر است در صورتیکه در سندروم گیلن بازه این اختلال شدید نیست.

فلجهای دیفتی در خصوص درا شکال ویروسی ممکن است شباهت‌هایی با سندروم گیلن داشته باشد بخصوص که در اینجا عدم تطابق سلول و آلبومین هست. لذا جستجوی باسیل لفلر در حلق و بینی شایان اهمیت است.

از طرفی سابقه فلنج حلق و شرائع الحنك و سابقه آنژین دیفتریک تاحدی

کمک میکند که از هم متمایز گردند در اشکالی که آنژین دیفتری خفیف باشد این تشخیص مشکل‌تر است یا در موارد استثنائی دیفتری جلدی و تناسلی وغیره که شرایع الحنک فلنج نشده و فقط فلجهای محیطی تظاهر میکند موجب اشتباه در تشخیص میگردد.

در هفت مورد دیفتری منتشر عده از دانشمندان عدم تطابق در مایع نخاع دیده شده است.

پلی نوریتهای نانوی برایر امراض عفونی معلوم مانند حصبه و شبه حصبه، گریپ، گندخونی وغیره و پلی نوریتهای سمعی که بعلت آلکل و سرب وغیره بخوبی قابل شناسائی بوده همراه با اختلال مایع نخاعی نمیباشد پلی رادیکولاو نوریت کوفتی گاهی قابل بحث است ولی در آن W.B مثبت است.

اختلالات عصبی محیطی و مرکزی پروفیری ممکن است مورد بحث قرار گیرد و با بیماری گیلن باره اشتباه میشود ولی تفحصات فامیلی و جستجوی پروفیرین در ادرار اشکال را مرتفع میسازد.

برخی از اشکال سندروم گیلن باره سیر صعودی خطرناکی طی کرده است یعنی فلنج ابتدا اندام تحتانی سپس اندام فوقانی و اتصاب بولبر و بصلی را گرفته و منجر به رک سریع شده است این اشکال سندروم را بنام فلنج صعودی لاندri نامیده میشود ولی این نام گزاری نباید موجب اشتباه شود لاندri اول بار فلجهای صعودی حادی را برای بیماریهای عفونی متعددی مانند گریپ و سرخک وغیره مشاهده کرده است. سپس این فلجهارا برایروا کسیناسیون دیفتری هاری و آبله پلیومیلیت وغیره نیز دیده اند لذا نام گذاری فلنج صعودی حاد لاندri یک اصطلاح ساده است که بر اثر عمل متفاوت بوجود میآید. برای تحقیقات تشریحی معلوم شده است که عبارت از یک پلی رادیکولاو نوریت و یا میلیت منظر حاد و پلیو آنسفالیت.

#### ۹- اطلاعات تشریحی هر ضمی

در دو مورد که این سندروم موجب مرگ شده است اطلاعات تشریحی بدین قرار

بوده است : همچو ضایعه درم را کز عصبی مرکزی وجود ندارد - هیپر کرمی (۱) در سلولهای رادیکولار شاخ قدامی مشهود است بر عکس کلیه اعصاب محیطی و ریشه‌های حرکتی و حسی ضایعات مهمی نشان میدهدند ریشه‌های مدول آزرده شده‌اند ریشه‌ها مبتلا به دژ نرسانس برخی از رشته‌ها گردیده‌اند . ریشه‌های خلفی و قدامی هردو آزرده‌اند ولی ریشه‌های حرکتی بیشتر صدمه می‌یابند . غالباً میلین سالمند ارتراح هیستیوپلاسمو سیتر وجود نداشت و عروق کامل اسالمند در برخی موارد در شاخ قدامی صغیر دیده می‌شود . طنابهای گل و بوردانخ همواره طبیعی هستند .

#### ۱۰ - پافوژنی و علت

بنظر گیلن عفونت یا مسمومیت در پاتوژنی بیمار دخیل است . بنظر او در غالب موارد عفونت حتی عفونت خفیف که با آذین سبک شروع شده و اختلالات روده مقدمه مرض را تشکیل میدهد . بنظر میرسد که عفونت خاصی دخیل باشد که ماهیت و میکروب آن بخوبی آشکار و روشن نشده است .

پلی رادیکولو زوریت‌های که پس از سرخک، مخملک، گوشک، آبله مرغان و آبله کوبی و حتی پس از هسمومیت با آغاز شروع گرده است ذکر نموده‌اند . همه چنین سند رمهمای گیلن باره که در جریان یا دوران نقاوت هپاتیت‌های حاد و موتو نو گلئوز عفونی و بروسلوز دیده شده است . در بعضی موارد عملتی ظاهراً نمیتوان یافت .

در مورد طفلی که مبتلا به سندروم گیلن باره شده بود ویروسی کوکزا کی (۲) یافته‌اند در موارد دیگری نیز این ویروس را در مایع تنخاع و مدفوع و غیره جسته‌اند برای فهم علت در این باره بایستی تحقیقات تکمیلی بیشتری بشود .

در برخی موارد یک روش اپیدمیک برای بیماری ذکر کرده‌اند . در دو مورد بفاصله ده روز در دوز ندان اپیدمی مرض دیده شده است .

جستجوهای تجربی لازم برای تعیین ویروس تا کنون منفی بوده است در میمهون و سایر حیوانات تلقیحات زیادی برای جستجوی مرض و مبتلاساختن آنها انجام شده

همگی بی نتیجه بوده است. کشت خون و مایع نخاع وغیره با دقت‌های لازم همگی منفی بوده است. حتی تجربیات را در نقاط مختلف و در روی حیوانات متفاوت با تلقیحات در قسمت‌های مختلف اعضاء انجام داده‌اند هیچیک مژه‌های نشده است.

بنظر می‌آید که سندروم گیلن علت‌های مختلف و مشترکی داشته باشد و مربوط به ویروس خاصی نیست چنانکه در چند مورد، این سندروم در جریان منو نو کلئوز عفونی دیده شده است و بخوبی دیده‌اند که بیماری پس از آن‌زین و پل‌بونل مشبت وغیره شروع شده سپس سندروم گیلن باره بافلجهای گوناگون تظاهر کرده است و حتی گاهی با فلجهای گوناگون و اختلال تنفسی منجر به رک گردیده است ولی در مقابل آن مواردی از سندروم گیلن باره از نوع فلجهای صعودی لاندری دیده‌اند که سیر و خیهی داشته و لی هر گز پل و بونل مشبت نبوده است.

در جریان برخی از هیاتیت‌های اپیدمیک سندروم گیلن باره دیده شده است. در بعضی موارد بروسلوز و منگونور و بروسلوز همراه زیادی آلبومین و عدم تعادل آلبومین با سلول دیده شده است.

مشاهده کنندگان این موارد از سندروم گیلن باره تصور می‌کنند که شاید برادر میکروب بروسلوز و مخصوص در نوع عصبی باعث این سندروم شود. ولی بنظر گیلن این امر قابل قبول نیست زیرا میتوکوکسی بیماری مشخصی بوده و علائم بالینی ولا برآتواری خاصی دارد و اگر نوع عصبی آن اختلال آلبومین و سلول ایجاد می‌کند با سندروم گیلن متفاوت است بعلاوه فقر طبع عدم تعادل سلول و آلبومین در سندروم گیلن مشخص مرض نیست بلکه علائم زیادی در آن موجود است که با تب مالت کاملًا متفاوت است.

موقعی که انسان تمام موارد سندروم گیلن باره را که تا کنون مشاهده شده مورد مطالعه قرار میدهد می‌بیند مواردی که منو نو کلئز عفونی و هیاتیت اپیدمیک توأم با سندروم گیلن بوده‌اند استثنائی و ناچیز است و بنظر گیلن این پاتورنی قابل قبول نیست.

از طرفی موارد زیادی سندروم گیلن باره مشاهده شده است که در سابقه

مبہت لایان هیچگونه عفو نتی دیده نمیشود. شاید ویروس (۱) علت این سندروم باشد. مبنای آلرژیک - برخی از مؤلفین آلرژی را علت سندروم دانسته‌اند میگویند که التهاب سروزی آزارهای آلرژیک موجب بهم خوردن تعادل سلول و آلبومین میشود این گروه برای دلیل بیمارانی را ذکر میکنند که سابقه آنها گلودرد و ورم لوزه و سینوسها و اختلال دندانی و غیره بوده است که موجب حساسیت و آلرژی بیماران شده سپس التهاب سروزی میدهد مانند پاتوژنی روماتیسم مفصلی حاد که اجسام میکروبی بواسطه ایجاد آنتیزن و آنتی کر بواسطه کانونهای عفو نی وغیره التهاب سروز تولید مینمایند.

گیلن باین نظریه نیز علاقه نشان نداده است و برخی از مؤلفین عدم تعادل آلبومین و سلول های نخاع را حالتی از التهاب سروز بعلت آلرژی میدانند و حتی مشاهداتی نیز بدان ضمیمه کرده‌اند که پس از استعمال یک ماده حساسیت دهنده برای تداوی بیماریها مانند پسوردیازس وغیره ایجاد شده است.

بنظر گیلن فرضیه پاتوژنی آلرژیک نیز در سندروم گیلن باره قابل اعتماد و قبول نیست.

## ۱۱ - درمان

چون هنوز علت بیماری مشخص نیست و مخازن ویروس و طریقه انتقال وغیره آشکار نشده است پیش گیری بیماری مقدور نمیباشد.

در اغلب موارد بیماری بخودی خود درمان می‌پذیرد.

گیلن برای بیماران خود تداوی زیر را انجام میدهد: استراحت مطلق، ضد عفو نی حلق و بینی، تزریقات داخل وریدی سالیسیلات دوسود (۱-۲ گرم در روز توأم با سرم گلو کزه ۰.۱ درصد) با تزریقات داخل وریدی یا عضلانی کینین واورترین، بیدور پتاسیم، املاح تقره کلئیدال، بعلاوه ویتامین های PP-E-C-B<sub>1</sub>-B<sub>2</sub> و C.

بنظر گیلن درمان جیوه و آرسنیکی غیر از ضرر نفعی برای بیمار ندارد. تیجه (British - anti - levuisite) B.A.L هنوز معلوم نیست.

در صورتی که بیم عفونت تنفسی و غیره باشد استعمال آنتی بیوتیکها بجا خواهد بود.

در مانهای الکتریکی - حمامهای گرم و روشنایی را نیز گاهی توأم با تداوی فوق بکار میبرند در موادی که فلجهای تنفسی موجود باشد اسبابهای تنفسی مکانیکی (مانند ریه آهنی) - تنفس اکسیژن و چادر اکسیژن مفیدند.

دو مورد مرک بر اثر سندروم گیلن باره دیده اند که بواسطه اختلال بلع بوده و ترشحات حلق و گلو و عفونت ریوی موجب مرک شده اگر در این موارد پیش بینی لازم بشود ممکن است نتیجه خوبی گرفت؛ در عین حال نباید تغذیه را از راه دهان ادامه داد.

استعمال آنتی بیوتیکها نیز برای جلوگیری از عفونتهای تنفسی مفید است. پیش بینی های لازم برای رفع اختلالات بلعی و تنفسی حائز اهمیت میباشد.